

SOUTH COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

PERMISO DE VIAJE

A. Información de viaje: destino: Bellport Middle School ~ orientación de estudiantes de grado 5

Ubicación y números de teléfono: 35 Kreamer Street, Bellport, NY 11713 (631) 730-1726

Fecha: lunes, 7 de mayo de 2018 Hora de salida del distrito 8:45 am

Fecha: lunes, 7 de mayo de 2018 Tiempo de retorno al distrito 10:15 am

Acompañantes: Profesor de aula

Clase o patrocinio de Club _____

B. Información sobre el seguro: El certificado de póliza de seguro de accidentes estudiantiles actualmente en el Distrito Escolar de South Country cubre todos patrocinados por la escuela y supervisado las actividades, incluso aquellas fuera de la escuela. Esta política proporciona beneficios razonables y habituales para los gastos médicos hasta un máximo de \$ 50,000.00 como resultado de cualquier accidente cubierto. La póliza de Estudiantes de accidentes pagará los contemplados en los balances para que los beneficios no son prestados por el hospital de los padres y las compañías de seguros quirúrgica en exceso de \$ 25.00 y dentro de los límites de la póliza.

C. Papel de permiso: doy mi hijo/a _____ el permiso para participar en el viaje anterior; patrocinado por el Distrito Escolar de South Country. Entiendo que la cobertura del seguro mencionada se aplica sólo a estudiantes actualmente matriculados del distrito escolar del sur país Central.

D. Responsabilidades Académicos de Estudiantes: soy consciente de que mi hijo es responsable de cualquier trabajo académico se perdió durante el viaje.

Fecha: _____ Firma de padre o tutor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Numero en caso de emergencia: _____

Persona(s) para contactar en caso de emergencia: _____

(Para tomado con acompañantes en el viaje – DEBEN SER RELLANADOS POR COMPLETO)

Tratamiento Médico de Emergencia de Lanzamiento: En el caso de una emergencia, doy permiso para que el supervisor adulto en el viaje de escolar para garantizar el tratamiento médico adecuado, incluida la hospitalización, si es necesario para mi hijo/a, _____

Fecha de la última vacuna del tétanos: _____

Condiciones médicas, incluidas las alergias a las medicaciones: _____

Fecha: _____ Firma de padre o tutor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre y número de teléfono en el caso de emergencia: _____